



Test de Connaissance du Français Tout Public



REGISTRATION FORM Session _____

Last Name/Nom:

First Name/Prénom:

Address/Adresse :

City/Ville : State/Etat : Zip Code/Code Postal :

Phone/Téléphone : Cell/Téléphone mobile :

Email/Courriel :

Gender/Sexe : male/homme female/femme

Date of Birth/Date de naissance : / / MM/DD/YY MM/JJ/AA

City and Country of Birth/ Ville et pays de naissance:

Nationality/Nationalité :

Mother Tongue/Langue maternelle:

Do you have any disability/Avez-vous un handicap: Yes/Oui No/Non
If yes, what is it? Si oui, lequel?

Are you a member of/Êtes-vous membre de l'AF de Philadelphie?
Yes/Oui No/Non

CHOICE OF OPTIONS/CHOIX DES ÉPREUVES OPTIONNELLES:

- No options
- Expression orale - \$50.00
- Expression écrite - \$50.00

Payment/Paiement : _____ USD
CHECK/ Cheque (Order/Ordre : Alliance Francaise)

VISA MC DISCOVER No. _____

Expiration Date/Date d'expiration: Month/Mois __ Year/année __

Security Code/Code de sécurité :

THE EXAMINATION FEE IS NON REFUNDABLE ONCE REGISTERED.